

**Instituição: Convênio Grupo Hospitalar Conceição/Fundação Oswaldo Cruz
Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnologia em Saúde**

**Diagnóstico sobre o acesso às tecnologias de Planejamento Familiar em um Serviço de
Atenção Básica de Porto Alegre**

Daniela Montano Wilhelms

Porto Alegre

outubro, 2005

**Instituição: Convênio Grupo Hospitalar Conceição/Fundação Oswaldo Cruz
Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnologia em Saúde**

**Diagnóstico sobre o acesso às tecnologias de Planejamento Familiar em um Serviço de
Atenção Básica de Porto Alegre**

**Projeto de conclusão de curso de Especialização em
Informação Científica e Tecnologia em Saúde - ICTS
da FIOCRUZ / GHC como requisito para a obtenção
do título de especialista.**

**Orientadoras: Elizabeth Wartchow
Anna Maria Hecker Luz**

Porto Alegre

outubro, 2005

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
JUSTIFICATIVA	10
OBJETIVOS	13
METODOLOGIA.....	14
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	15
CRONOGRAMA.....	16
ORÇAMENTO	17
REFERÊNCIAS	18
APENDICE 1	21
APENDICE 2	25

INTRODUÇÃO

Conforme Giddens (2003), a sexualidade na “família tradicional” foi dominada pela reprodução, “uma questão de natureza e tradição combinadas”. Relação facilitada por uma ausência de contracepção eficaz, constituindo, para a maior parte das mulheres, uma situação onde o exercício da sexualidade estava necessariamente vinculado à gestação. Com os efeitos das mudanças globais em nossas vidas, a decisão de se ter filhos é agora muito diferente do que foi para gerações anteriores. Antes ter filhos, sob o aspecto econômico, significava uma vantagem, hoje significa um encargo financeiro para os pais. Assim essa decisão é muito mais guiada por necessidades psicológicas e emocionais. Atravessada por uma situação contemporânea, onde há muitas famílias sem pai, o que contribui para constituir uma expectativa sobre como a criança vai ser cuidada e protegida (Giddens, 2003).

Além disso, nos anos 70, na esteira da chamada “explosão demográfica”, associada ao discurso dos militares pela segurança nacional, instituí-se no Brasil ações para o controle da fertilidade, como as “esterilizações em massa”, com envolvimento direto do setor saúde nas ações para esse controle da reprodução. Essa época foi marcada pelo endurecimento da ditadura militar, e essas ações tinham como uma de suas bases a “ameaça” do crescimento de populações pobres, que seriam suscetíveis às “idéias subversivas”. (Berquó, 1999; Costa A.M., 1999; Molina, 1999).

Nesse contexto, as mudanças referentes ao exercício da sexualidade, novas configurações de família e casamento, industrialização dos processos de produção no trabalho, inserção das mulheres no mercado de trabalho, governos intervencionistas com as políticas de controle de natalidade, movimentos sociais organizados, foram aspectos e movimentos que imbricados, e apresentando diversos interesses muitas vezes contraditórios e conflitantes, contribuíram de forma significativa para um declínio da fecundidade no Brasil, sendo 5,8 filhos por mulher em 1970 e 2,3 filhos por mulher em 2000 (IBGE, 2000).

Por outro lado, apesar da diminuição do crescimento populacional, com uma redução do número de filhos/as por mulher, que vem ocorrendo em todas as regiões brasileiras, observa-se que as taxas de fecundidade mantêm diferenças regionais, com taxas

mais altas em regiões mais pobres, entre populações rurais e mulheres de baixa escolaridade (Camarano et al, 1999; IBGE e Nascidos Vivos do SINASC apud Rede Feminista de Saúde, 2005).

Aliado a isso, atualmente, pensar em ter ou não filhos/as, quantos/as e em que condições são questões atualizadas no mundo contemporâneo e fortemente vinculadas aos direitos reprodutivos, fruto do movimento feminista articulado ao movimento de direitos humanos (Pitanguy, 1999).

Nesse sentido, em 1983, o Ministério da Saúde anuncia o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no contexto da lógica dos direitos e dos movimentos de mulheres (Brasil, 1983; Costa A. M., 1999; Formiga, 1999). O texto das Normas e Manuais Técnicos de Assistência ao Planejamento Familiar, integrante do PAISM, incorporava noções dos direitos reprodutivos na organização das políticas públicas de saúde:

“A atuação dos profissionais de saúde, no que se refere à questão do planejamento familiar, deve estar pautada no pressuposto básico de que todas as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou casais. É de competência dos serviços de saúde dar assistência tanto às pessoas que desejam ter filhos, mas que apresentam alguma dificuldade para tal, quanto àquelas que, por razões pessoais ou médicas, desejam evitar uma gravidez” (Brasil, 1987).

O excerto acima refletiu uma modificação nos valores e conceitos das políticas públicas no Brasil, tanto no que se refere ao papel do Estado, quanto aos direitos reprodutivos de cidadãos e cidadãs. Ampliando a noção de planejamento familiar para além da anticoncepção e buscando capacitar as equipes da rede básica de saúde para esse tipo de assistência. Esse movimento não foi exclusivo das questões relativas ao planejamento familiar, fazendo parte do contexto da reforma sanitária brasileira.

Atualmente em relação à regulação da reprodução, a Constituição brasileira, lei nº 9.263, “entende planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Sendo proibida a utilização dessas ações para fins de controle demográfico (Brasil, 1996).

Mesmo com esses avanços legais e criação de políticas públicas, baseadas nas noções de direitos, o Brasil apresenta indicadores que demonstram a necessidade de maior investimento e de abordagens mais complexas para as questões que envolvem a saúde reprodutiva, principalmente no trabalho com as populações mais vulneráveis. Sendo necessário incorporar nesse processo de conhecimento dos problemas, o que Morin chama de “pensamento complexo”, que leva em consideração e atua com “os traços inquietantes da confusão, do inextricável, da desordem, da ambigüidade, da incerteza...”, no sentido da compreensão e respeito para com as diversidades regionais e culturais, a fim de realizar um planejamento da atenção à saúde adequado as diferentes condições e especificidades das vidas (Morin, 1991, 2000).

Como demonstra a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, em relação ao uso de métodos anticoncepcionais no Brasil, apontando que havia concentração em laqueadura tubária e anticoncepcional oral (40% e 21%, respectivamente), em detrimento de outros métodos mais freqüentes em países desenvolvidos. Sendo que, nas regiões onde mulheres têm menor escolaridade e piores condições sócio-econômicas, a prevalência de laqueadura é ainda maior. A análise da pesquisa indicou um limitado acesso das mulheres à informação sobre anticoncepção (BENFAM, 1996). Além disso, o país mantém altas taxas de demanda reprimida por métodos contraceptivos (Berquó, 1999; Brasil, 2004b).

As variáveis escolaridade e renda também estão relacionadas à gravidez na adolescência, conforme estudo multicêntrico quali-quantitativo realizado em Porto Alegre, Salvador e São Paulo. Sendo a ocorrência de gravidez inversamente proporcional à escolaridade e a renda (Aquino, 2003).

Além disso, de acordo com o *Dossiê Aborto - Mortes Preveníveis e Evitáveis*, são atendidas pelo Sistema Único de Saúde em torno de 238 mil internações por abortamento/ano. A atenção prestada que não ultrapassa 24 horas, apresenta custo médio unitário de R\$ 125,00, totalizando R\$ 29,7 milhões/ano. As atuais bases de dados não possibilitam estimar o custo daquelas situações, relacionadas ao aborto realizado de modo inseguro e clandestino, que necessitam de maior permanência hospitalar, como por exemplo, tratamento de infecções e necessidade de cuidados em Unidades de Tratamento Intensivo (Rede Feminista de Saúde, 2005).

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, em 2001, o aborto está entre as principais causas de mortalidade materna nas capitais brasileiras, sua situação de ilegalidade no Brasil condiciona a que seja realizado em condições de risco, freqüentemente associado a complicações severas, ocasionando óbitos que seriam evitáveis, caso as mulheres dispusessem de atendimento adequado para essa situação (Costa S. H., 1999; Brasil, 2004b).

Nessa direção, a Organização Mundial da Saúde sinaliza que “a ausência de um efetivo e amplo programa de planejamento familiar traz como consequência elevado número de gestações indesejadas, contribuindo para a prática extensiva de abortos. Certamente, mesmo nos países com o uso adequado de métodos modernos continuam a ocorrer abortos devido à gravidez indesejada, mas em número muito menor” (Rede Feminista de Saúde, 2005, p.14).

Tendo em vista esses aspectos, o Ministério da Saúde, considera a saúde da mulher como prioridade governamental, formulando um documento com princípios e diretrizes para subsidiar as ações na atenção à saúde da mulher no período de 2004-2007. Assim a “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*” - PNAISM tem por objetivos reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, além de fomentar a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Os princípios norteadores da proposta são, a integralidade e a promoção da saúde, com ênfase nas questões de gênero, buscando consolidar avanços no que se refere às políticas de saúde da mulher. No que concerne ao planejamento familiar, PNAISM (Brasil, 2004b p. 69) aponta como estratégias:

Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:

- ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
- garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;

- ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;
- estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar.

Conforme estudos de gênero já vem apontando, os homens precisariam ser incorporados aos programas e projetos assistenciais e educativos que se pautam pela noção de direitos reprodutivos (Carvalho et al., 2001; Arilha, 1999; Olinto e Galvão, 1999), visto que as relações entre mulheres e homens e as múltiplas formas sociais e culturais que os constituem como “sujeitos sexuais e de gênero” determinam e condicionam as formas como serão vividas as questões de sexualidade e reprodução (Meyer, 2004).

Para que se possa falar em integralidade da atenção à saúde reprodutiva de forma mais justa e igualitária, é indispensável pensar as políticas públicas considerando mulheres e homens juntos nesse processo.

Quanto à organização e gestão dos serviços, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), na área da saúde da mulher, no processo de regionalização da assistência, responsabiliza os municípios pelas ações básicas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. Essa norma significa um avanço no sentido de adequar a atenção prestada às especificidades de cada região respeitando as características populacionais locais.

Por outro lado com a descentralização das ações de planejamento familiar para os municípios, o Ministério da Saúde reduziu a compra e distribuição de métodos nos últimos anos, provavelmente comprometendo a meta de garantir a cobertura de toda população feminina sexualmente ativa, pois nesta transição, os municípios, em sua maioria, ainda não conseguiram assumir plenamente essa responsabilidade (Brasil, 2004b; Rede Feminista de Saúde, 2005).

Nesse processo de transição de responsabilidades, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) como parte integrante da rede de atenção básica do município de Porto Alegre, vem desenvolvendo suas ações de acordo com as diretrizes políticas, municipal, estadual e federal, seguindo direção única conforme cada esfera de governo, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

No que se refere ao campo da saúde da mulher, as ações relativas à maternidade e à vigilância ao câncer ginecológico, têm sido priorizadas no SSC/GHC, inclusive com o estabelecimento e análise continuada, junto às equipes de saúde, de indicadores de qualidade da atenção, cumprindo com as metas estabelecidas. Em relação ao planejamento familiar o colegiado da coordenação do SSC/GHC, vem discutindo a necessidade de uma sistematização das ações desenvolvidas nesse serviço, buscando expandir e qualificar a atuação na área da saúde da mulher, incorporando as noções de acesso e integralidade nesse cuidado.

De acordo com Ayres et al. (2003), a organização e tecnologia disponíveis nos serviços de saúde podem propiciar uma abordagem mais complexa de aspectos que envolvem as questões de planejamento familiar, isto é, a existência de esforços para a disponibilização efetiva e democrática de recursos sociais, para sua abordagem no âmbito da saúde (Ayres et al., 2003).

Nessa direção e no sentido de subsidiar essa discussão no SSC/GHC, o presente projeto, visa: realizar um diagnóstico situacional sobre a estruturação desse Serviço e fluxos de trabalho das equipes em relação ao planejamento familiar, com ênfase no acesso às tecnologias para a regulação da fecundidade; e identificar as práticas de registro e uso de informações nesse processo de trabalho. Pretende-se que o resultado desse trabalho possa ser utilizado como conhecimento, buscando incentivar a integralidade e continuidade do cuidado nas questões de planejamento familiar, bem como subsidiar a discussão sobre a implementação de uma política para saúde reprodutiva no SSC/GHC, que tenha como aspecto transversal, as noções de direito das pessoas à saúde e à regulação de sua fecundidade.

JUSTIFICATIVA

O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) foi implantado no ano de 1983, tendo como proposta uma reorientação das práticas assistenciais em saúde, através da reestruturação da atenção, e o desenvolvimento de tecnologias mais eficientes ao atendimento efetivo das necessidades da população (Takeda e Raupp, 2000).

Esse Serviço tem orientado suas ações sob a perspectiva do modelo da Atenção Primária à Saúde (APS). E, está constituído por 12 Unidades de Saúde, Núcleo de Epidemiologia e Núcleo de Educação em Saúde, localizados na zona Norte do município de Porto Alegre, responsabilizando-se pela atenção à saúde de uma população estimada em 110.000 pessoas, sendo 37.101 mulheres em idade fértil – 10 a 49 anos (IBGE,2000).

As mulheres em idade reprodutiva, moradoras das áreas de atuação do SSC/GHC, representam 63% do total da população feminina, demonstrando a necessidade de investimento em políticas públicas capazes de atender as demandas específicas desta população (IBGE, 2000).

Além disso o SSC/GHC, tem exercido importante papel na formação de recursos humanos para a atenção básica, tendo como princípios: o uso de bases epidemiológicas para o planejamento e avaliação das ações em saúde, o trabalho interdisciplinar em equipe, com ênfase no “pensamento sistêmico” (Capra,1996) no sentido de desenvolver um olhar transdisciplinar na abordagem dos problemas, continuidade e integralidade do cuidado e estímulo à participação nas instâncias de controle social.

E, nessa direção, em 2004, implantou a Residência Integrada em Saúde¹ (Brasil, 2004^a), formação multiprofissional de caráter interdisciplinar, fundamentada nos princípios do SUS, cuja proposta pedagógica pressupõe aprendizado em serviço, “cruzamento de

¹ A criação da Residência Integrada em Saúde ocorreu pela Portaria SES/RS n. 16, de 1º de outubro de 1999, e pela Lei Estadual n. 11.789, de 17 de maio de 2002. Estabelece “a integração dos Programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado; a integração entre trabalho e educação; a integração de diferentes profissões da saúde como equipe de saúde (campo e núcleo de saberes e de práticas profissionais em articulação permanente); a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS e a integração

saberes e educação pelo trabalho”. Proposta de mudança na formação que aliada à reorientação das práticas em saúde, pode constituir ambiente propício à produção da atenção integral à saúde (Ceccim e Ferla, 2003).

O SSC/GHC para organização da atenção à saúde estabeleceu ações programáticas de acordo com as políticas governamentais, no sentido de responder às necessidades de saúde mais frequentes da população, sendo a atenção à saúde da mulher uma das prioridades. Estão incluídas: a atenção à maternidade, ao câncer ginecológico e planejamento familiar com a perspectiva do modelo da vigilância em saúde.

Dentre essas ações a política para planejamento familiar é a que vem tendo menos investimento no SSC/GHC. As equipes de saúde realizam essa atenção localmente, mas não há uma sistematização e troca formal de informações entre profissionais sobre as ações desenvolvidas, situação que deveria ser modificada, inclusive pelo fato desse Serviço estar constituído como referência para formação de recursos humanos em APS. Além disso, o acesso aos insumos necessários para anticoncepção é bastante precário, o abastecimento é feito de forma irregular, dificultando a continuidade do cuidado.

De acordo com Ávila (2000):

“Quando discutimos anticoncepção estamos falando de tecnologia, política pública, saúde e qualidade de vida, direitos e, fundamentalmente, de práticas sociais da vida cotidiana, as quais se passam no âmbito da intimidade da relação sexual entre homens e mulheres. Uma vez que a necessidade de anticoncepção é exclusiva aos casais heterossexuais cujo ato sexual com penetração pode, dependendo do período do ciclo menstrual das mulheres, resultar em gravidez, para aquelas e aqueles que não querem que isso ocorra a contracepção é um instrumento básico na vivência dos direitos reprodutivos” (Rede Feminista de Saúde, 2000 p. 1).

Para avaliação da qualidade da atenção em planejamento familiar, Bruce propõe um marco conceitual que considera seis elementos como fundamentais: *livre escolha de métodos, informação aos usuários, competência técnica dos provedores, relações interpessoais clientes/provedores, continuidade e seguimento e constelação apropriada de serviços*. Atualmente o *acesso aos serviços* vem sendo adicionado ao marco original (Bruce, 1989 em Díaz e Díaz, 1999 p. 212).

do campo das ciências biológicas e sociais com a área de humanidades para alcançar a atenção integral à saúde”.

Nessa direção e em consonância a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, utilizando a perspectiva da integralidade do cuidado na abordagem das questões de saúde, o presente projeto, pretende incorporar aspectos dos referenciais teóricos da promoção da saúde que operam com o conceito de vulnerabilidade² na sua dimensão programática, isto é, como os serviços de saúde estão estruturados para responder as necessidades da população com ênfase na questão acesso e a identificação do “aspecto tácito” das informações utilizadas para o planejamento das ações em saúde reprodutiva. Para tanto, propõe-se o diagnóstico situacional das ações de planejamento familiar nas unidades de saúde do SSC/GHC, e a partir desse panorama, pensar estratégias para a estruturação desse serviço, a fim de garantir a população condições de regular sua fecundidade.

Em relação ao aspecto tácito ou implícito da informação, tomo como referência a tese de Oliveira (1998) que considera informação como uma “possibilidade desencadeada por uma mensagem ou dado em um receptor”, não se poderia falar de informação, sem falar nos significados e efeitos desta para um receptor, mesmo que implicitamente. (Oliveira, 1998).

² vulnerabilidade – o conceito de vulnerabilidade, estendido à saúde pública, emergiu de um processo entre o ativismo frente a epidemia de HIV/aids e o movimento dos Direitos Humanos, no início da década de 90. Considera que a chance da exposição das pessoas à determinada situação é condicionada por múltiplos aspectos que vão desde suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de serviços, passando por questões comportamentais, culturais, econômicas, políticas. As análises de vulnerabilidade, sob essa perspectiva, consideram três dimensões articuladas: individual, social e programática.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Realizar um diagnóstico situacional sobre o planejamento familiar, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), com ênfase no acesso às tecnologias para anticoncepção e concepção, e, nas práticas de registro e uso de informações para o planejamento das ações locais. Com a finalidade de subsidiar a implementação de uma política para saúde reprodutiva no SSC/GHC, que tenha como aspecto transversal, as noções de direito, das pessoas à saúde e à regulação de sua fecundidade.

Objetivos Específicos

- Identificar e descrever as ações de planejamento familiar desenvolvidas pelas equipes de saúde do SSC/GHC (Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição);
- Avaliar a disponibilidade de métodos anticoncepcionais nas equipes do SSC/GHC;
- Descrever as tecnologias para concepção que são oferecidas pelas equipes de saúde para a população atendida pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC);
- Identificar as práticas de registro e uso de informações no planejamento das ações em saúde reprodutiva do SSC/GHC;
- Identificar o fluxo para o acesso da população às tecnologias de concepção e anticoncepção nas unidades de saúde;
- Descrever as ações educativas coletivas que as equipes de saúde desenvolvem relacionadas ao planejamento familiar;

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo. Quanto à natureza, é uma pesquisa aplicada, com o objetivo de gerar informação/conhecimentos para a aplicação prática na estruturação das ações de planejamento familiar, desenvolvidas no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC).

A pesquisa será realizada em todas unidades de saúde do SSC/GHC e junto à coordenação da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS). Cada equipe de saúde do SSC/GHC escolhe, entre seus/suas integrantes, uma pessoa responsável por coordenar, na unidade de saúde, as ações referentes à Saúde da Mulher. Dessa forma, as entrevistas serão aplicadas às/aos coordenadoras/es locais da Atenção à Saúde da Mulher do SSC/GHC e coordenação da Saúde da Mulher da SMS. Foram escolhidos sujeitos de pesquisa nessa posição, pois as questões de planejamento familiar vem sendo historicamente vinculadas à atenção à saúde da mulher. Caso haja necessidade de complementação das informações serão entrevistados/as outros/as “informantes-chave” indicados/as pelas equipes (Silva, 2004; Silva e Menezes, 2001; Tobar e Yalour, 2001). O fato de possibilitar a inclusão de outras/os informantes-chave, além da complementação das informações solicitadas na entrevista, busca identificar outras posições de sujeito com envolvimento nessas questões.

Quanto ao método de coleta de dados, será feito levantamento, a partir da aplicação de entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas e transcritas (ver proposta inicial de roteiro de entrevista em apêndice 1 e 2). Aliado a isso haverá pesquisa documental através de análise de planilhas, tipos de registro que cada unidade utiliza para controle e dispensação de insumos, manuais, normas técnicas e relatórios disponíveis.

Os dados serão categorizados e tratados conforme a análise de conteúdo. (Silva, 2004; Silva e Menezes, 2001; Tobar e Yalour, 2001).

Para fins de análise se fará uso dos referenciais teóricos advindos dos estudos da promoção de saúde que operam com conceito de vulnerabilidade, principalmente no que se refere a sua dimensão programática e dos estudos que consideram o aspecto tácito da informação (Ayres et al, 2003; Oliveira, 1998).

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Será apresentado o projeto de pesquisa para a Coordenação do Serviço de Saúde Comunitária e para responsável pelo setor de estágios e pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, para devidas apreciações e autorizações. Logo após sendo submetido ao Comitê de Ética em pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Para todas/os entrevistadas/os serão apresentados os objetivos do projeto. Após a concordância em participar da pesquisa, será assinado por estas/es um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Será realizada apresentação dos resultados da pesquisa para: a coordenação da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o colegiado da Coordenação e coordenadoras/es locais da Saúde da Mulher do SSC/GHC. O relatório final de pesquisa será entregue às duas instituições.

CRONOGRAMA

Cronograma de outubro de 2005 a dezembro de 2006.

ATIVIDADES	O ut	n o v	d e z	J a n	fe v	m ar	a b r	M ai	J u n	ju l	a g o	s et	o ut	n o v	d e z
Apreciação do projeto pela SMS e Coordenação SSC/GHC															
Apreciação do projeto pela Comitê de Ética em pesquisa do GHC															
Aplicação da pesquisa piloto															
Reformulação do projeto e alteração do instrumento de pesquisa															
Aplicação das entrevistas															
Transcrição das entrevistas															
Categorização das entrevistas															
Análise das entrevistas															
Sistematização dos resultados e conclusões															
Redação do relatório final															
Divulgação dos resultados															

ORÇAMENTO

Pessoal

Coordenação do trabalho

(liberação de outras atividades no SSC/GHC para dedicação ao desenvolvimento do projeto durante um ano) 4 horas/semana

Assessoria de orientação do trabalho

(1 orientadora - 20 horas) R\$ 2.000,00

Material de consumo

Papel (folhas A4 para impressão) R\$ 150,00

Cartuchos de impressora R\$ 300,00

Fitas para gravação R\$ 100,00

Serviço de terceiros

Transcrição de fitas..... R\$ 800,00

Transporte..... R\$ 120,00

Xerox (cópias da pesquisa e artigos) R\$ 240,00

Encadernação R\$ 50,00

Total	R\$ 3760,00
--------------	-------------

* As despesas com a execução do projeto são de responsabilidade da autora do mesmo e da instituição pagadora da qual faz parte.

REFERÊNCIAS

ARILHA, Margareth. Homens, Saúde Reprodutiva e Gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999.

AQUINO, Estela; HEILBORN, Maria Luiza; KNAUTH, Daniela; BOZON, Michel; ALMEIDA, Maria da Conceição; ARAÚJO, Jenny; MENEZES, Greice. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública* v. 19, n. 2, p. 377-388, Rio de Janeiro, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANÇA Jr, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI filho, Haraldo César. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

BERQUÓ, Elza. Ainda a Questão da Esterilização Feminina no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma ação programática* 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos de Assistência ao Planejamento familiar. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*, 1987.

BRASIL Lei Ordinária 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 ago, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, 2005. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

CAMARANO, Ana Amélia; ARAÚJO, Herton Ellery; CARNEIRO, Isabella Gomes. Tendências da Fecundidade Brasileira no Século XX: uma visão regional. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999.

CAPRA, Fritjof. *A Teia da Vida*. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARVALHO, Marta; PIROTTA, Kátia; SCHOR, Néia. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Revista de Saúde Pública* v. 35, n. 1, p. 23-31, São Paulo, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg, FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Rubem Araújo. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*: Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 211-226.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999.

COSTA, Sarah Hawker. Aborto Provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999.

DÍAZ, Margarita, DÍAZ, Juan. Qualidade de atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva: estratégias para mudanças. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Orgs.) *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

FORMIGA Filho, José Ferreira Nobre. Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Orgs.) *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

GIDDENS, Anthony. *Mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo, 2000.

MEYER, Dagmar Estermann. Direitos reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: perspectivas e desafios. In: FONSECA, Cláudia; TERTO Jr., Veriano; FARIAS ALVES, Caleb. *Antropologia, Diversidade e Direitos Humanos: diálogos interdisciplinares*. Porto Alegre: editora da UFRGS/PPG Antropologia Social da UFRGS, 2004.

MOLINA, Aurélio. Laqueadura Tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999.

MORIN, Edgar. *Saberes globais e saberes locais*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

MORIN, Edgar. *Introdução ao Pensamento Complexo*. Lisboa: Piaget, 1991.

OLINTO, Maria Teresa; GALVÃO, Loren. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Revista de Saúde Pública* v. 33, n. 1, p. 64-72, São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, V.P. *Uma Informação Tácita* ou o aspecto tácito nos processos de geração e transferência de informação na ciência e no sofismo. Tese de Doutorado em Ciência da Informação. CNPq-IBICT/ECO>UFRJ, Rio de Janeiro, 1998.

PITANGUY, Jacqueline. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. A Contracepção em Debate: velhos conflitos, novas perspectivas. *Jornal da Rede Saúde*, encarte nº 20, Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2000.

SILVA, Cassandra Ribeiro. *Metodologia e Organização do Projeto de Pesquisa: guia prático*. Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará/UFC, Ceará, 2004.

SILVA, Edna Lúcia, MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração da Dissertação*. Florianópolis: UFSC/PPGEP/LED, 2001.

SILVA, Sérgio Luis. Gestão do conhecimento: uma revisão crítica orientada pela abordagem da criação do conhecimento. *Ciência da Informação*, v. 33, n. 2, p. 143-151, Brasília, 2004.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BENFAM. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro: [BENFAM], 1996.

TAKEDA, Silvia, RAUPP Bárbara, *A importância na formação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologias para o SUS, viabilizando propostas do Ministério da Saúde*. Porto Alegre, 2000.

TOBAR, Federico, YALOUR, Margot Romano. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2001.

APENDICE 1

Roteiro de entrevista unidades de saúde SSC/GHC:

() COORDENADORAS/ES LOCAIS SAÚDE DA MULHER

() PROFISSIONAL QUE CONTROLA QUANTITATIVO DE ANTICONCEPCIONAIS NA UNIDADE

UNIDADE DE SAÚDE:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

FUNÇÃO:

SEXO:

AÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. Como funciona o planejamento familiar na sua unidade de saúde? (Que ações são desenvolvidas? Como funcionam? Quem participa da equipe? Há grupos populacionais priorizados?)

DISPONIBILIDADE DE MÉTODOS PARA ANTICONCEPÇÃO

1. Você pode me falar quais os tipos de métodos anticoncepcionais disponíveis na sua unidade de saúde hoje.

Anticoncepcional hormonal oral

Anticoncepcional hormonal injetável

Diafragma

Dispositivo intra-uterino (É possível colocar DIU nessa unidade? Se não, como é feito o encaminhamento? Se sim, qual é o fluxo? Como se marca consulta? Qual a periodicidade? Você considera que há fila de espera?)

Ligadura tubária

Vasectomia

Preservativo masculino

Preservativo feminino

2. Você considera que esses métodos são suficientes para a sua população? Por que?

Anticoncepcional hormonal oral sim não

Anticoncepcional hormonal injetável sim não

Diafragma sim não

Dispositivo intra-uterino sim não

Ligadura tubária sim não

Vasectomia sim não

Preservativo masculino sim não

Preservativo feminino sim não

3. Que outros métodos você gostaria de ter disponível?

4. Como funciona a reposição desses insumos na sua unidade de saúde? (Quem é responsável pelo fornecimento? Há regularidade de fornecimento? Quem controla a reposição de medicamentos na unidade de saúde? (categoria profissional) É a mesma pessoa que planeja o quantitativo mensal de anticoncepcionais?)

Anticoncepcional hormonal oral

Anticoncepcional hormonal injetável

Diafragma

Dispositivo intra-uterino

Preservativo masculino

Preservativo feminino

TECNOLOGIAS PARA CONCEPÇÃO

1. E as pessoas que desejam engravidar? Como funciona o atendimento para a concepção?

(Há referência para concepção? Qual o tempo de espera?)

2. Existe referência para aconselhamento genético?

REPOSIÇÃO DE INSUMOS E AS INFORMAÇÕES CONSIDERADAS NECESSÁRIAS PARA REALIZAR ESTIMATIVAS PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. Você pode me falar sobre como é realizado o controle da dispensação desses insumos?

Anticoncepcional hormonal oral

Anticoncepcional hormonal injetável

Diafragma

Dispositivo intra-uterino

Preservativo feminino

Preservativo masculino

2. Você pode me falar como é feita a estimativa de reposição? (Quem faz? Como?)
3. Que informações você gostaria de ter disponíveis para realizar essa estimativa?

FLUXO PARA O ACESSO DA POPULAÇÃO ÀS TECNOLOGIAS CONCEPTIVAS E CONTRACEPTIVAS

1. Como funciona a distribuição de anticoncepcionais e preservativos para a população? (é necessário receita? Há limite de retirada?)

Anticoncepcional hormonal oral

Anticoncepcional hormonal injetável

Vasectomia

Preservativo masculino

2. Existe possibilidade de contracepção cirúrgica para homens e mulheres? Qual o tipo oferecido? Qual o tempo de espera? Como funciona o fluxo para LT e vasectomia?

ATIVIDADES COLETIVAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. Existem atividades de grupo para abordagem de questões relacionadas ao planejamento familiar? (Que temas são abordados? A que público as ações desenvolvidas são destinadas? Quem participa?)

APENDICE 2**Roteiro de entrevista Saúde da Mulher SMS/POA:**

()SMS SAÚDE DA MULHER

()INDICAÇÃO SMS

CATEGORIA PROFISSIONAL:

FUNÇÃO:

SEXO:

ACÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. Como funciona o planejamento familiar na rede de atenção básica do município de POA? (Que ações são desenvolvidas? Como funcionam? Quem participa do planejamento dessas ações? Há grupos populacionais priorizados?)

DISPONIBILIDADE DE MÉTODOS PARA ANTICONCEPÇÃO

2. Você pode me falar quais os tipos de métodos anticoncepcionais disponíveis na rede de atenção básica no município de POA?

Anticoncepcional hormonal oral

Anticoncepcional hormonal injetável

Diafragma

Dispositivo intra-uterino (É possível colocar DIU nessa unidade? Se não, como é feito o encaminhamento? Se sim, qual é o fluxo? Como se marca consulta? Qual a periodicidade? Você considera que há fila de espera?)

Ligadura tubária

Vasectomia

Preservativo masculino

Preservativo feminino

3. Você considera que esses métodos são suficientes para a população de Porto Alegre? Por que?

Anticoncepcional hormonal oral	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Anticoncepcional hormonal injetável	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Diafragma	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Dispositivo intra-uterino	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Ligadura tubária	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Vasectomia	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Preservativo masculino	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Preservativo feminino	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

4. Que outros métodos você gostaria de ter disponível?

5. Como funciona a reposição desses insumos para as unidades de saúde? (Quem é responsável pelo fornecimento? Há regularidade de fornecimento? Quem controla a reposição de medicamentos? (categoria profissional) É a mesma pessoa que planeja o quantitativo mensal de anticoncepcionais?)

Anticoncepcional hormonal oral
 Anticoncepcional hormonal injetável
 Diafragma
 Dispositivo intra-uterino
 Preservativo masculino
 Preservativo feminino

TECNOLOGIAS PARA CONCEPÇÃO

1. E as pessoas que desejam engravidar? Como funciona o atendimento para a concepção?

(Há referência para concepção? Qual o tempo de espera?)

2. Existe referência para aconselhamento genético?

REPOSIÇÃO DE INSUMOS E AS INFORMAÇÕES CONSIDERADAS NECESSÁRIAS PARA REALIZAR ESTIMATIVAS PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. Você pode me falar como é feita a estimativa de reposição? (Quem faz? Como?)

Anticoncepcional hormonal oral

Anticoncepcional hormonal injetável

Diafragma

Dispositivo intra-uterino

Preservativo feminino

Preservativo masculino

2. Você pode me falar sobre como é realizado o controle da dispensação desses insumos?

3. Que informações você considera importantes para realizar essa estimativa?

FLUXO PARA O ACESSO DA POPULAÇÃO ÀS TECNOLOGIAS CONCEPTIVAS E CONTRACEPTIVAS

1. Como funciona a distribuição dos insumos para as unidades?

Anticoncepcional hormonal oral

Anticoncepcional hormonal injetável

Diafragma

Dispositivo intra-uterino

Preservativo masculino

Preservativo feminino

2. Existe possibilidade de contracepção cirúrgica para homens e mulheres? Qual o tipo oferecido? Qual o tempo de espera? Como funciona o fluxo para LT e vasectomia?

ATIVIDADES COLETIVAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. Você pode falar sobre as atividades de grupo para abordagem de questões relacionadas ao planejamento familiar nas unidades de saúde? (Que temas são abordados? A que público as ações desenvolvidas são destinadas? Quem participa?)